

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 69

Hématomes spontanés de la paroi abdominale donnant un syndrome d'abdomen aigu

Le faux syndrome appendiculaire aigu dans les
déchirures fibrillaires du muscle grand droit de
l'abdomen à droite

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE
DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Le 10 Juillet 1939

PAR

Jean-Louis DELMAS

Né le 24 Mai 1913, à Sète

(ancien Interne de l'Hôpital de Sète)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Jury	{	GIRAUD, professeur, <i>Président</i>	{	<i>Assesseurs</i>
		ETIENNE, professeur		
		GRANEL, professeur		
		ROUX, agrégé		

SÈTE

IMPRIMERIE DU COMMERCE, ED. SOTTANO, 9, QUAI DE BOSQ

1939

Hématomes spontanés de la paroi abdominale donnant un syndrome d'abdomen aigu

Le faux syndrome appendiculaire aigu dans les
déchirures fibrillaires du muscle grand droit de
l'abdomen à droite



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N^o 69

Hématomes spontanés de la paroi abdominale donnant un syndrome d'abdomen aigu

Le faux syndrome appendiculaire aigu dans les
déchirures fibrillaires du muscle grand droit de
l'abdomen à droite

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE
DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Le 10 Juillet 1939

PAR

Jean-Louis DELMAS

Né le 24 Mai 1913, à Sète

(ancien Interne de l'Hôpital de Sète)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Jury	{	GIRAUD, professeur, <i>Président</i>	{	<i>Assesseurs</i>
		ETIENNE, professeur		
		GRANEL, professeur		
		ROUX, agrégé		

SÈTE

IMPRIMERIE DU COMMERCE, ED. SOTTANO, 9, QUAI DE BOSC

1939

Personnel de la Faculté

PROFESSEURS

Anatomie	MM. J. DELMAS
Histologie	TURCHINI
Physiologie	HEDON
Chimie biologique, médicale et Toxicologie	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Anatomie pathologique	GRYNFELTT
Microbiologie	LISBONNE
Pathologie et thérapeutique générales	PAGES
Thérapeutique et matière médicale	JANBON
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL
Pathologie médicale et clinique propédeutique	BOULET
Clinique médicale	GIRAUD
Clinique chirurgicale	RIMBAUD
Clinique obstétricale	MASSABUAU, <i>assesseur</i>
Clinique des maladies mentales et nerveuses	RICHE
Clinique des maladies des enfants et hygiène du premier âge	P. DELMAS
Clinique de dermatosyphiligraphie	EUZIERE, <i>doyen</i>
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BOUDET
Clinique des maladies des voies urinaires	MARGAROT
Clinique gynécologique	ETIENNE
Clinique ophtalmologique	JEANBRAU
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LAPEYRE
Radiologie (Ch. de c.)	DÉJEAN
Anatomie (Chargé de cours)	TERRACOL
Histologie (chargé de cours)	LAMARQUE
	LAUX
	GRANEL

HONORARIAT

Professeurs honoraires

MM. RODET, TEDENAT, FORGUE

ESTOR, BERTIN-SANS, CABANNES, GALAVIELLE, VIREN, VILLARD

CHARGES DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Histoire Naturelle Médicale	MM. HARANT, Dr.
Pathologie médicale et Clinique propédeutique médicale	BAUMEL, agr.
Clinique propédeutique chirurgicale	P. RIMBAUD, agr.
Clinique des maladies contagieuses	JANBON, agr.
Clinique phthisiologique	VIDAL, prof.
Chirurgie expérimentale	GUIBAL, agr.
Pathologie externe	MOURGUE-MOLINES, agr.
Médecine opératoire	ROUX, agr.
Accouchements	CADÉRAS DE KERLEAU, Dr.
Stomatologie	FERRIER, Dr.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Bactériologie	MM. CARRERE
Médecine	BAUMEL
	P. RIMBAUD
	LAFON, ch. d'agr.
	BOUCOMONT, ch. d'a.
Chirurgie	AIMES
	MOURGUE-MOLINES
	GUIBAL
	ROUX
Chimie	MONNIER, ch. d'agr.
Obstétrique	CADÉRAS DE KERLEAU, ch. d'a.

JURY

MM. GIRAUD, professeur, *président*
ETIENNE, professeur

MM. GRANEL, professeur
ROUX, agrégé



La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MEMOIRE DE MES ONCLES
ANTOINE ET CLEMENT DELMAS

Morts pour la France

A MA MERE, A MON PERE

*Parents si tendrement chéris,
vos sacrifices m'ont permis de
terminer des études dont cet ou-
vrage est le terme. Qu'il soit
aussi le témoignage de ma recon-
naissance.*

A MA SŒUR

A qui je dois tant.

A SIMONNE

A MES PARENTS

A CEUX QUI ME SONT CHERS

J. L. D.

A MON JURY

MONSIEUR LE PROFESSEUR GIRAUD

*Qui nous a fait le grand hon-
neur d'en être le président.*

*Hommage de respectueuse re-
connaissance.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR ETIENNE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GRANEL

*En hommage de profonde gra-
titude pour la sollicitude et la
bienveillance qu'il n'a cessé de
me témoigner tout au long de
mes études.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE ROUX

A MONSIEUR LE MEDECIN COLONEL
STEFANINI

Chirurgien-Chef de l'Hôpital Militaire de Nice

*Qui nous a fait l'honneur de
nous confier cet ouvrage. Nous
accueillant dans son service avec
cette bienveillance courtoise qui
gagne les cœurs, avec sollicitude,
il nous a guidé, au cours de ce
travail, de sa grande expérience
et de ses conseils hautement
éclairés. Qu'il veuille bien trou-
ver ici le témoignage de notre
reconnaissance et de notre res-
pectueux dévouement.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LAPEYRIE

Qui a bien voulu nous prodiguer ses soins, en hommage de reconnaissance.

A MES MAITRES DE LA FACULTE
DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

A MES MAITRES DE L'HOPITAL DE SETE

MONSIEUR LE DOCTEUR CADILHAC

Médecin-Chef de l'Hôpital de Sète

MONSIEUR LE DOCTEUR GUIRAUDEN

Médecin-Chef de la Maternité de Sète

MONSIEUR LE DOCTEUR RICARD

Chirurgien-Chef de l'Hôpital de Sète

Durant de trop courtes années passées à vos côtés vous m'avez conseillé, guidé, soutenu, avec sollicitude, dans l'étude de la clinique. Dans la chambre du malade comme dans la salle d'opération, vous m'avez appris à sonder les mystères de la nature humaine. Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon respect.

J. L. D,

A MONSIEUR LE DOCTEUR Y. BOREL

Médecin-Adjoint de l'Hôpital de Sète

Comme Monsieur le Docteur Borel votre père regretté, dont nous ne pouvons sans émotion et respect évoquer la mémoire, vous avez bien voulu être le médecin de ma famille. Vous avez bien voulu aussi en devenir l'ami. Vous avez été mon maître et mon conseiller.

Qu'il me soit permis de vous faire ici l'hommage de ma vive gratitude et de mon indéfectible dévouement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR SOULIE

Chirurgien-Adjoint de l'Hôpital de Sète

Qui m'a si souvent aidé de ses conseils éclairés.

A MES CAMARADES DE L'INTERNAT
DE SETE

A MES CAMARADES MEDECINS DE RESERVE

J. L. D,

PRÉFACE

Un matin de novembre, il y a de cela quelques années, puisque nous devons déjà compter sur nos doigts pour en fixer l'époque, nous faisons nos premiers pas dans l'étude de cette science, notre initiation première dans cet art auquel nous avons voué notre activité.

Grande Dame, austère, dans la dignité d'un glorieux passé et fière de ses richesses sans cesse accrues, mais élégante aussi et, notre première gêne passée, souriante même, la Faculté de Médecine de Montpellier nous accueillait parmi ses élèves. Cet accueil fut d'emblée généreux et total. Pourquoi ne pas dire combien nous en fûmes fier ? Ce n'était pas l'étudiant barbu, qui, pipe aux dents, « bâchait » ou... poussait les cartes en joyeuse compagnie à la lueur d'une chandelle, fichée dans un crâne ou dans quelque flacon vide, que nous allions incarner. Le temps en était passé.

Mais ce fut l'amphithéâtre plein à craquer, la salle de dissection et ses irrévérencieuses plaisanteries, ce fut surtout l'enseignement clinique, l'Hôpital. Et nous parlions déjà de « nos malades » lorsque chaque matin, nous allions, souvent après un beau « sprint » grossir la grappe de jeunes appendue aux extrémités du tram-

way. Ce furent enfin les examens avec leurs inquiétudes et, Dieu merci, leurs joies aussi.

Envieux chaque année de nos camarades plus anciens, nous les avons remplacés, gravissant comme eux les échelons convoités.

Aujourd'hui, nous touchons au terme, nous voici arrivé au début de notre vie professionnelle. Qu'il nous soit permis d'exprimer notre joie de voir se réaliser le désir d'affermir par la pratique notre instruction, notre modeste science encore bien jeune. Nous ne pouvons cependant pas nous défendre d'éprouver une certaine mélancolie, mélancolie de celui qui, dans un livre, tourne une page qu'il ne relira plus jamais. Au début de notre carrière, nous allons essayer nos forces et ne plus compter que sur elles. Mais c'est cependant d'un cœur léger que nous aborderons les difficultés de notre métier, car nos maîtres de la Faculté de Médecine et des Hôpitaux de Montpellier, par leurs enseignements hautement éclairés, par leurs exemples édifiants, nous ont appris le rôle du médecin. Qu'ils veuillent bien trouver ici l'expression de notre déférente gratitude.

Nous remercierons tout d'abord M. le Professeur Giraud qui nous a fait le grand honneur de présider le jury de cette thèse.

Nous remercierons de même MM. les Professeurs Etienne, Granel et Roux, qui ont bien voulu être membres de ce jury. Nous remercierons plus particulièrement M. le Professeur Granel qui nous a témoigné une si bienveillante sollicitude. Tout au long de nos études, il nous a guidé de ses conseils. Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage de notre gratitude.

Qu'il nous soit permis de remercier notre chef, le Médecin Colonel Stefanini, Chirurgien-Chef des Hôpitaux de Nice. Il nous a accueilli dans son service avec une grande bienveillance et a bien voulu nous confier ce modeste travail.

Nous ne saurions oublier nos maîtres de l'Hôpital de Sète, MM. les docteurs Cadilhac, Guirauden, Ricard, Borel et Soulié, à qui nous devons tant de reconnaissance. Ils nous ont accueilli dans leurs services avec une bienveillance inlassable, ils nous ont généreusement dispensé les fruits de leur grande expérience. A travers l'étude des malades, ils nous ont conduit à celle des Hommes et nous ont appris à les aimer.

J. L. D.

AVANT-PROPOS

S'il convient, dans l'enseignement clinique, de présenter les cas les plus classiques, les plus courants, dont l'étude, avec toutes les déductions thérapeutiques qu'elle comporte, est le plus profitable au point de vue de la pratique médico-chirurgicale, il n'est peut-être pas inutile, à l'occasion, d'attirer l'attention sur des cas plus rares — nous pourrions dire, en ce qui nous concerne : exceptionnels — et dont l'intérêt est de poser des problèmes d'ordres divers, comme aussi parfois de soulever des difficultés sérieuses de diagnostic.

Telle est, du moins, la raison qui, au cours de notre service militaire, et à l'occasion d'un cas observé à l'Hôpital, nous a incité à étudier un chapitre d'une pathologie quelque peu spéciale, que nous n'hésiterons pas à qualifier de... militaire et dont nous n'avons trouvé que peu de relations dans nos recherches bibliographiques qui, si poussées, si étendues que nous ayons voulu et surtout pu les faire, sont cependant demeurées incomplètes.

Les cas que nous avons retrouvés dans la littérature et que nous citerons au cours de notre exposé, s'étaient

manifestés avec une symptomatologie différente. Localisation de la lésion, importance de l'hématome consécutif, tumeur perceptible à la palpation. Autant de signes qui diffèrent dans l'observation des cas que nous publions. Ici, la lésion anatomique est minime, l'hématome, s'il existe, est insignifiant. Ce qui importe, c'est la symptomatologie d'intensité disproportionnée à sa cause, ce sont les signes péritonéaux, c'est enfin et surtout la douleur localisée dans une région particulièrement surveillée par le médecin lorsqu'il est appelé à observer un syndrome abdominal aigu, nous avons nommé la fosse iliaque droite et les zones avoisinantes.

Nous venons de parler d'une pathologie militaire, cela mérite explication. Certes, nous savons que pas plus qu'une chirurgie, il n'existe une pathologie militaire différente de celle de la pratique civile, comme nous savons aussi que toutes les méthodes, pratiques et techniques de celle-ci sont intégralement transportables à celle-là.

Dans ces conditions, il peut sembler paradoxal de parler, comme nous venons de le faire, d'une pathologie spéciale, propre au métier militaire, particulière au soldat.

Il n'est que de s'entendre.

Qu'on veuille bien se rappeler tout d'abord que la clientèle hospitalière du chirurgien militaire se recrute surtout — pour ne pas dire uniquement — dans un milieu de jeunes, généralement robustes, bien constitués et pour cause. Ces recrues, en effet, qui ont déjà été l'objet d'une première sélection lors de leur passage

devant le conseil de révision, seront soumises à une deuxième plus sévère, au corps et à l'occasion de la visite d'incorporation. L'une et l'autre, ayant pour objet d'éliminer de l'armée les anormaux, les tarés, les déficients physiques, en un mot, tous ceux qu'une malformation ou une lésion rendrait, soit temporairement, soit définitivement impropres au métier des armes.

N'oublions pas que ces jeunes gens reconnus « aptes à servir » vont être soumis à un entraînement qui fait aujourd'hui partie de l'instruction militaire et que le service à court terme obligera parfois à former de façon intensive.

Si nous ajoutons maintenant que les occupations antérieures, le genre de vie jusqu'à l'arrivée au régiment des futurs... « champions » ne les avaient en rien préparés, entraînés à la pratique des sports dont la plupart, braves paysans, ignoraient parfois, jusqu'au nom, on comprendra facilement que la pathologie chirurgicale régimentaire soit avant tout, et essentiellement, une pathologie traumatique.

Hâtons-nous de dire que nous n'avons ni le temps, ni encore moins la prétention, non seulement d'en faire, mais même plus simplement d'en aborder ici, une étude d'ensemble. Bien plus modeste — oh ! combien — est le but que nous nous proposons.

Sur ce fond de traumatologie, en effet, on pourra observer quelques modalités particulières, quelques formes spéciales. C'est à l'étude de l'une de ces dernières — assez rare d'ailleurs dans ses manifestations — à une forme nous n'osons pas dire inconnue, mais plutôt

ignorée dans la pratique courante — nous verrons plus loin pourquoi — que nous avons décidé de consacrer notre thèse inaugurale. Et nous allons en exposer l'occasion.

—————

I. — INTRODUCTION

Voici dans quelles circonstances notre attention fut orientée vers le sujet qui nous occupe :

Le 5 novembre 1938, arrivait dans le service où il avait été hospitalisé d'urgence avec le diagnostic d'entrée: « *Appendicite* » le jeune R... Casimir, canonnier servant au 363^e *R.A.B.* (observation n° 11). La veille, au retour d'une marche en terrain varié, marche assez dure pour lui, et qu'il n'avait pu terminer qu'à grand peine, R... avait été pris brusquement d'une violente douleur au niveau du tiers inférieur de l'abdomen à droite. Cette douleur, dont l'apparition brutale ne s'était accompagnée ni de nausées, ni de vomissements, qui n'avait pas augmenté d'intensité depuis, malgré l'ingestion d'un léger repas, pris « à la soupe du soir », devait persister égale à elle-même pendant toute la nuit et devait faire décider de l'hospitalisation d'urgence, avec le diagnostic, plus haut relaté, à la visite médicale du lendemain.

EXAMEN A L'ENTRÉE :

Température 37°8; pouls: 70; bon état général; faciès coloré; langue humide.

A eu une selle normale, spontanée à l'arrivée à l'hôpital.

La douleur abdominale, diffuse au début, la brusquerie de son apparition, la défense de la paroi à droite, une température légèrement au-dessus de la normale, nous firent, après un premier examen, confirmer le diagnostic d'appendicite porté par le médecin du corps.

Appelé à son tour auprès du malade et en vue d'une sanction opératoire qui, pour nous, était indiquée, le médecin colonel STEFANINI que nous avions informé des circonstances qui avaient précédé la crise, de la brusquerie, nous pourrions lire de la brutalité de son apparition, de son évolution au cours des 20 heures qui avaient suivi, le colonel STEFANINI, disons-nous, après avoir écouté notre exposé, lequel rappelait des cas classiques analogues antérieurement traités, ne put s'empêcher d'émettre quelques mots sur le diagnostic que nous affirmions. Ces doutes, l'examen qu'il pratiqua devant nous, allait les transformer en certitudes.

A côté d'une fosse iliaque droite souple, indolente aussi bien à la palpation légère superficielle qu'à la palpation profonde, appuyée, doucement progressive, il trouva une défense nette du muscle grand droit et de ce muscle seulement.

Au niveau de ce grand droit « en éveil », il put préciser un point douloureux, net, exquis, localisé sur le plan interne du muscle et à l'union de ses tiers moyen et inférieur. C'est à ce point précis que le malade interrogé, affirma avoir ressenti sa première douleur. C'est là, encore, qu'elle avait eu son maximum au cours de la nuit précédente. Autour de ce point, une zone doulou-

reuse spontanément et à la palpation, mais d'intensité décroissante à mesure qu'on s'approchait de la ligne blanche. Cette zone douloureuse, ou mieux, cette irradiation de la douleur ne se retrouvait pas à l'examen de la fosse iliaque droite où l'on percevait un cœcum mobile, gargouillant. Le signe de Jacob était négatif ainsi que le toucher rectal.

Ajoutons maintenant qu'au niveau de ce point douloureux électif, le doigt explorateur donnait l'impression d'une faille, sous la pulpe, d'une légère encoche ;

Que la douleur disparaissait ou presque dans le décubitus dorsal, cuisses relevées, c'est-à-dire, dans la position de relâchement de la paroi abdominale, qu'elle reparait, s'exaspérait dans le passage de la station couchée à la station assise contrariée ;

Et nous avions là, plus d'éléments qu'il n'en fallait pour permettre au colonel STEFANINI de porter le diagnostic d'une : « RUPTURE FIBRILLAIRE DU MUSCLE GRAND DROIT DE L'ABDOMEN », diagnostic que l'évolution devait confirmer.

Traité par le repos au lit, les compresses chaudes « loco dolenti », une alimentation normale, R... Casimir qui, au cours de son hospitalisation, et malgré le traitement institué, n'a présenté aucun signe de réaction péritonéale, si minime fût-il, R.. disons-nous, quittait le service le 10 novembre 1938, complètement guéri, avec le diagnostic de sortie ci-après :

« *Petite déchirure fibrillaire du muscle grand droit de l'abdomen, à droite, au tiers moyen du bord externe sans signe clinique de réaction appendiculaire vraie.* »
Traité par le repos au lit. Guérison.

A noter que R... C. et pendant son service n'a présenté depuis, aucun syndrome abdominal ni aigu, ni subaigu.

Comme nous marquions à notre « Chef » notre surprise au sujet d'une pareille lésion, que nous n'avions jusqu'alors jamais observée, le Colonel STEFANINI, nous dit que, sans être très fréquente, elle était cependant observée à l'Armée et à l'appui de ses dires, il voulut bien nous donner, pour notre travail, les observations cliniques inédites, de cas analogues, qu'il fut appelé à voir et à traiter dans son service au cours des années précédentes, observations que nous résumons ci-après :

II. — OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

Augustin, jeune soldat 72^e R.A.D.

Hospitalisé d'urgence le 1-6-31.

DIAGNOSTIC A L'ENTRÉE :

« *En observation pour point appendiculaire* ».

Dans l'après-midi de la veille, au manège, et au cours d'une séance d'équitation, ressent une douleur aiguë brutale, qu'il situe au niveau du flanc droit et sans pouvoir la localiser d'une façon plus précise. Amené à l'infirmerie de son corps, il est mis à la diète absolue. L'alimentation diminue la douleur qui persistera, cependant, toute la nuit. Un vomissement dans la soirée, une selle normale, le 1^{er} au matin et avant l'hospitalisation.

EXAMEN A L'ENTRÉE :

Température: 37,5; pouls: 92. Abdomen respirant normalement. Paroi souple indolente à la palpation superficielle. Douleur aiguë à la palpation appuyée, et surtout marquée sur le bord externe du droit, à l'union de ses tiers moyen et inférieur. La douleur est nettement localisée en ce point, où elle est au maximum et

donne à la main qui palpe, l'impression très nette de siéger sur la paroi. Toucher rectal négatif, signe de Jacob négatif.

On porte le diagnostic de « *rupture fibrillaire probable du muscle grand droit de l'abdomen* », au cours d'une séance d'équitation, chez un jeune soldat ayant eu une selle spontanée normale dans la matinée, ayant rendu des gaz depuis.

Traité par repos au lit, compresses chaudes « loco dolenti » alimentation normale.

Sort par guérison le 8-6-31, n'a présenté aucune crise d'appendicite au cours de son service.

OBSERVATION N° 2

J... Yves, jeune soldat, 32° R.A.D.

Hospitalisé d'urgence le 3-6-31.

DIAGNOSTIC A L'ENTRÉE :

« *Point douloureux nettement localisé à droite, au niveau du Mac Burney* ». Température: 38° A commencé à souffrir du ventre, il y a deux jours. S'est mis de lui-même à la diète. Ni vomissements, ni constipation. S'est présenté ce matin seulement à la visite médicale.

EXAMEN A L'ENTRÉE :

Température: 37°5 et non 38°; pouls: 80. Le malade se laisser examiner facilement. La palpation de l'abdomen donne l'impression, que la douleur diffuse au niveau de la fosse iliaque droite, a son maximum au niveau du bord externe du grand droit en son tiers inférieur. On trouve là, un point exquis, nettement pariétal. Signe de Jacob, toucher rectal négatifs.

On pense à une *rupture fibrillaire du grand droit*. Cela, d'autant plus, que le point douloureux exquis, persistant à l'examen, est apparu brusquement 48 h. auparavant, au cours d'une séance d'équitation. Trôt enlevé.

Malgré la douleur, qui brutale dans son apparition, mais peu vive au début, a été ensuite en s'accusant, le malade a pu tenir en selle, jusqu'à la fin de l'exercice. Sédation marquée de la douleur, dès que le malade de retour à la chambrée a pu se coucher.

Alimentation normale depuis, sans vomissement. Libre pratique des gaz.

Traité par repos au lit, compresses chaudes « loco dolenti » ; alimentation normale.

Sort par guérison le 8-6 31. Pas de nouvelle crise au cours de son service.

OBSERVATION N° 3

L... B... Joseph, 72^e R.A.D.

Hospitalisé d'urgence le 6-11-31.

DIAGNOSTIC A L'ENTRÉE:

« *Point appendiculaire* ».

EXAMEN A L'ENTRÉE:

Température: 37,6; pouls: 60. A commencé à souffrir du ventre, à droite, il y a trois jours au cours d'une séance d'équitation. N'interrompt pas son service, malgré la recrudescence de la douleur qui augmente chaque fois que le malade essaie de remonter à cheval et s'accompagne, alors, de *vomissements*, tandis qu'elle est calmée, par le repos au lit.

Est envoyé d'office à la visite médicale, par son maré-

chal-des-logis et après examen à l'infirmerie, hospitalisé d'urgence.

A l'inspection, petite voussure à la partie moyenne du grand droit, à la palpation *contracture localisée du muscle* qui semble s'étendre à la fosse iliaque droite que l'on trouve moins souple que la gauche. Au centre de la voussure, l'index explorateur sent une faille, une encoche nette, signe de Jacob et toucher rectal négatifs.

DIAGNOSTIC:

Rupture fibrillaire du grand droit, que confirme l'évolution de l'affection traitée uniquement par le repos au lit et les compresses chaudes. Alimentation normale.

Sort par guérison le 15-11-31.

OBSERVATION N° 4

P... Robert, jeune soldat, 6^e dragons.

Hospitalisé d'urgence le 15-11-31.

DIAGNOSTIC A L'ENTRÉE:

« *Appendicite probable* ». En observation.

Dans la matinée du 13, « en s'envoyant en selle, ressent une douleur » comme une déchirure « dans la partie inférieure droite de l'abdomen ». Continue son service, qu'il est cependant obligé d'interrompre, le lendemain, 14, *après avoir vomi son petit déjeuner*.

Mis en observation à l'infirmerie du corps, puis hospitalisation d'urgence le lendemain 15.

EXAMEN A L'ENTRÉE:

Température: 37; pouls: 74. *Défense nette* au niveau des régions hypogastrique et de la fosse iliaque droite, où la palpation est légèrement douloureuse. Disparition

de la douleur chez le malade couché, qui recommence à souffrir dans la station assise contrariée. Signe de Jacob et toucher rectal négatifs.

Douleur spontanée et provoquée et *défense musculaire* prédominant au niveau du muscle grand droit, s'atténuant à mesure que la palpation s'éloigne du bord externe du muscle dans la fosse iliaque droite. A noter la présence d'une voussure nette au niveau du tiers inférieur du muscle.

On porte le diagnostic: « *Petit hématome musculaire du droit consécutif à rupture fibrillaire du muscle* ».

On institue le traitement par repos au lit et compresses chaudes. Alimentation normale.

Sort par guérison le 27-11-31.

Pas de nouvelle crise au cours de son service.

OBSERVATION N° 5

G... Pierre, jeune soldat, 32^e R.A.D.

Hospitalisé d'urgence le 19-11-31.

DIAGNOSTIC A L'ENTRÉE:

« *Douleur de la fosse iliaque droite. En observation pour appendicite probable* ».

Douleur apparue brusquement dans la matinée de la veille au cours d'une séance d'équitation, qui oblige le malade à regagner la chambrée où il se couche. La douleur, qui avait presque disparu dans la journée, est réveillée le soir à l'occasion d'un *vomissement alimentaire* et plus tard, dans la nuit, lorsque le malade se lève pour aller au cabinet.

EXAMEN A L'ENTRÉE:

Température: 37,1; pouls: 78. Ventre respirant mal.

Le grand droit se détache à droite *contracturé* sur un sujet maigre. Point douloureux particulièrement net, à peu près *au point de Lanz* sur le bord externe du droit. A ce niveau d'ailleurs, léger empâtement de la masse musculaire qui fait penser à un *hématome par déchirure fibrillaire du grand droit*. Toucher rectal négatif. Signe de Jacob négatif.

Le lendemain, sous l'action du repos au lit, et des applications de compresses chaudes, la défense de la paroi ayant presque disparue, la palpation permet de mettre en évidence un petit hématome avec, à son niveau, une légère encoche.

Sort par guérison le 1^{er}-12-31.

Pas de nouvelle crise au cours de son service.

OBSERVATION N° 6

L... Jean, jeune soldat, 182^e R.A.L.T.

Hospitalisé d'urgence le 27-6-32.

DIAGNOSTIC A L'ENTRÉE:

« Douleur dans la fosse iliaque droite 37,2. En observation ».

EXAMEN A L'ENTRÉE:

Température: 37,4; pouls: 80. Accuse une douleur diffuse dans le flanc et la fosse iliaque droits, qui serait apparue brusquement au cours de la manœuvre d'une grosse pièce d'artillerie. Dans une fosse iliaque et un flanc légèrement douloureux, la palpation met en évidence un point net exquis, sur le bord externe du grand droit, à l'union des tiers moyen et inférieur.

Un examen attentif révèle par la palpation appuyée,

au niveau de la zone douloureuse, la présence d'une dépression, d'une encoche nette, qui augmente dans le passage de la station couchée à la station assise contrariée et dont les berges deviennent alors plus accusées. Signe de Jacob et toucher rectal négatifs.

On porte le diagnostic de *rupture partielle du grand droit*, diagnostic que confirme l'évolution.

Le traitement par le repos au lit et l'application de compresses chaudes, une alimentation normale, permettent la sortie par guérison le 12-7-32.

Pas de nouvelle crise depuis, pendant le service.

OBSERVATION N° 7

A... Emile, jeune soldat, 56° R.A.D.

Hospitalisé d'urgence le 5-11-34.

DIAGNOSTIC A L'ENTRÉE:

Douleurs fosse iliaque droite. Tendance à la lipothymie. Température: 38.

Au cours d'une séance d'équitation, douleur brusque au niveau du flanc droit, suivie d'une syncope dès que le malade met pied à terre.

Transporté à l'infirmerie du corps, le malade revient à lui et comme la douleur, quoique moins vive, persiste encore, que la température est à 38°, le malade est évacué d'urgence sur l'hôpital.

EXAMEN A L'ENTRÉE:

Température: 37,5; pouls: 80. Au niveau d'un ventre uniformément douloureux, semble-t-il, chez un malade pusillanime, la palpation douce, après mise en confiance du malade, permet de localiser un point « exquis » sur le tiers externe du flanc droit et dans sa partie inférieure.

1e, une légère voussure de la paroi à ce niveau, fait penser à *une déchirure fébrillaire* du muscle. Signe de Jacob négatif. Toucher rectal négatif.

On institue le traitement d'usage en pareil cas.

L'évolution confirme le diagnostic.

Le malade sort par guérison le 20-11-34.

Pas de nouvelle crise depuis, pendant son service.

OBSERVATION N° 8

M... Pierre, jeune soldat, 56° R.A.D.

Hospitalisé d'urgence le 10-11-34.

DIAGNOSTIC A L'ENTRÉE:

« *Appendicite aiguë* ».

En faisant « à terre à cheval » au cours d'une reprise d'équitation, « douleur en coup de poignard » dans le ventre à droite au dire du malade, douleur qui, calmée par l'alitement, s'exagère dès que le malade essaye de s'asseoir sur son lit.

EXAMEN A L'ENTRÉE:

Température: 37,3; pouls: 70.

A la palpation, zone douloureuse à droite, avec point douloureux exquis, nettement limité sur le bord externe du grand droit. Gargouillement dans la fosse iliaque droite. Le point douloureux trouvé à la palpation, au niveau du tiers inférieur du muscle est révélé par la contraction de la paroi abdominale, dans la station assise contrariée.

Etat nauséux, sans vomissements, depuis l'apparition des douleurs. Signe de Jacob négatif. Toucher rectal négatif.

En résumé, douleur nettement pariétale dans la zone

intermédiaire aux points de Mac Burney et de Lanz apparue brusquement à la suite d'un effort physique violent.

Diagnostic probable: *Rupture fibrillaire du grand droit.*

Institution du traitement usuel.

Evolution normale.

Sortie du malade par guérison le 22-11-34.

Pas de nouvelle crise pendant son service.

OBSERVATION N° 9

S... René, caporal, 81^e R. I.

Hospitalisé d'urgence le 27-11-34.

DIAGNOSTIC A L'ENTRÉE:

« *Appendicite aiguë* ».

Au cours d'une manœuvre sur le terrain, avec chargement complet, et étant chef de patrouille, essaie de s'enlever par-dessus un petit mur, pour mieux surveiller l'approche d'un groupe ennemi.

Au moment où, après un appel du pied, il prend son élan pour sauter, une douleur brusque « au bas du ventre et à droite », lui fait lâcher prise et s'étaler brutalement sur le sol. Se relève, essaie malgré tout, de continuer « la progression », puis la douleur devenant de plus en plus forte, et s'accompagnant de *nausées* et de *vomissements*, est dirigé sur l'infirmerie et de là, évacué sur l'hôpital où il est vu trois heures après... l'accident.

EXAMEN A L'ENTRÉE:

Température: 37,2; pouls: 70.

Lorsque le malade est couché, la douleur a disparu.

Elle est réveillée par la palpation, au niveau du grand droit bord externe, partie basse du tiers moyen et au même endroit par le passage de la station couchée à la station assise contrariée.

La palpation de la fosse iliaque droite est de moins en moins douloureuse à mesure qu'on s'éloigne du bord du Droit. Signe de Jacob et toucher rectal négatifs.

On porte le diagnostic de « *rupture fibrillaire du muscle* », que confirme l'évolution.

Sort par guérison le 12-12-34.

Pas d'autres crise depuis, pendant son service.

OBSERVATION N° 10

M... Denis, 94° R.A.M.

Entré le 24-7-35.

DIAGNOSTIC A L'ENTRÉE:

Point douloureux dans la fosse iliaque droite apparu depuis trois jours, au cours d'une marche d'épreuve. N'a pas eu de vomissements, pas de constipation.

Température: 37,7; pouls: 80. « La localisation appendiculaire est assez nette ».

Depuis 3 jours, le malade se plaint d'un point douloureux de la fosse iliaque droite, apparu au cours d'une marche, sans vomissements, sans constipation, le malade continuant à s'alimenter normalement.

EXAMEN A L'ENTRÉE:

Actuellement, à l'examen clinique, on trouve un point douloureux net sur le bord du grand droit au niveau de la ligne joignant l'ombilic à l'épine iliaque antéro-inférieure, s'irradiant vers la ligne médiane alors que la

palpation en dehors du muscle droit est indolore et ne provoque aucune défense musculaire.

Signe de Jacob négatif. Toucher rectal négatif. Alors que la mise en station assise contrariée provoque une douleur au niveau du grand droit. Interrogé, le malade déclare nettement qu'il ne souffre que dans les mouvements d'élévation des bras.

En résumé: *déchirure fibrillaire du muscle droit à droite.*

Traitement habituel.

Sort par guérison le 28-7-35.

III. — PLACES DES RUPTURES FIBRILLAIRES DANS LA QUESTION DES HÉMATOMES SPONTANÉS DE LA PAROI ABDOMINALE

Les ruptures spontanées des muscles de la paroi abdominale et les hématomes consécutifs sont connus et ont été décrits depuis fort longtemps. Un modeste aperçu de la question nous permettra de situer les cas que nous venons d'exposer dans cet ensemble dont notre étude, certes, demeure fort incomplète. Nous essaierons de mettre en lumière les différences qui séparent les exemples antérieurs de ceux que nous publions ici, faisant ressortir le caractère de nouveauté de ces derniers.

C'est à l'année 1792 que remonte la relation des faits qui nous occupent.

« Il existe, disent Hurst et Steward, un syndrome rare décrit en 1792 par Frank. C'est la « *péritonite musculaire* » (morsure du diable, disent les auteurs américains). Elle peut simuler la perforation d'un ulcère; comme dans le lumbago le début est soudain et peut survenir à la suite d'un effort musculaire violent, inhabituel. La douleur localisée à l'épigastre est augmentée par le plus léger mouvement et s'accompagne de

rigidité du mur abdominal. Cependant le choc manque, la respiration est rapide et faible et les efforts pour faire une inspiration profonde amènent la cessation provisoire des mouvements respiratoires ». (In Mondor).

Richardson, chirurgien américain, signale dès l'année 1858 l'hématome consécutif à la rupture spontanée de l'artère épigastrique et insiste sur l'erreur diagnostique entraînée par ce syndrome qui en impose, aux yeux du praticien, pour un étranglement herniaire.

Depuis, les contributions furent nombreuses à cette étude.

Il nous a paru utile de classer les ouvrages non par ordre chronologique, mais en utilisant le degré croissant d'analogie qu'ils présentent avec les cas que nous publions. Il semble qu'on puisse les classer comme suit :

1° RUPTURES ET HÉMATOMES SPONTANÉS D'UN MUSCLE PATHOLOGIQUE.

2° RUPTURES ET HÉMATOMES SPONTANÉS D'UN MUSCLE SAIN.

1° RUPTURES ET HÉMATOMES SPONTANÉS D'UN MUSCLE GRAND DROIT PATHOLOGIQUE

Précisons que nous entendons par rupture pathologique celle d'un muscle qui se trouve prédisposé à la rupture par une cause quelconque, cause intrinsèque tenant au muscle lui-même ou cause générale.

Cette rupture spontanée reconnaît deux ordres de causes :

ä) *Causes musculaires*

Dans la Typhoïde, la Variole, la Scarlatine, l'Infection puerpérale, la Malaria, le Diabète.

b) *Causes générales*

1° Sanguines :

Hémophilie,

Leucémie.

2° Vasculaires :

Artérielle,

Veineuse.

Citons pour mémoire la rupture spontanée du muscle droit chez les gens âgés. Kapel en 1931 publia sous cette rubrique deux cas : Dans le premier, le malade présentait des signes généraux très importants. A l'examen, l'abdomen se montra distendu, ballonné. Le transit des matières et des gaz était arrêté. Devant ce syndrome à allure péritonéale, le chirurgien intervint et mit en évidence une rupture du grand droit de l'abdomen.

Dans un deuxième cas, les signes et l'examen cliniques conduisirent au diagnostic de hernie étranglée. Comme dans le cas cité plus haut l'intervention montra une rupture du muscle grand droit avec hématome diffus important.

Ces exemples, bien qu'éloignés de ceux de nos malades, montrent éloquemment la possibilité d'un diagnostic erroné bien que porté en présence de symptômes de quasi-certitude.

Les hématomes leucémiques des droits cités par Tapie dans sa thèse, en 1920, doivent peu retenir notre attention, car le diagnostic en est en quelque sorte faci-

lité par l'ensemble du syndrome dès que l'attention est attirée vers une dyscrasie sanguine par les accidents qu'elle entraîne.

L'hématome du droit chez les hépathiques a fait l'objet de nombreux travaux.

Carnot les étudie en 1924 dans le « Paris Médical ». Il insiste sur la difficulté du diagnostic. « Les symptômes majeurs sont, dit-il, la douleur, l'immobilité pariétale, symptômes qui rendent difficile la palpation des organes abdominaux ». Il publie un cas de Devé dans lequel l'intervention fut décidée sur le diagnostic d'ulcère gastrique perforé.

Poulain en 1924 élabore une thèse sur l'« Hématome du grand droit des hépathiques ». Nous rapportons ci-dessous le résumé d'une de ces observations.

« Un homme de trente-quatre ans entre à l'hôpital pour une tumeur de l'hypochondre droit. Il avoue un passé éthylique « favorisé par son métier de garçon livreur ».

Dans la région vésiculaire, l'examen révèle une masse arrondie indolore, de consistance ferme et même ligneuse. Le foie est régulier et son bord inférieur déborde le gril costal de deux travers de doigt.

Il n'y a pas d'ictère, pas de passé lithiasique, pas d'ascite mais une rate perceptible.

Après élimination du kyste hydatique, le chirurgien discute les diagnostics de cholécystite calculieuse ou de gomme syphilitique du foie.

Le malade, impatient, force la main du chirurgien qui procède à une incision. A l'incision, il s'écoule du

sang noirâtre mettant en évidence l'existence d'un hématome du grand droit à droite.

Un interrogatoire rétrospectif révéla que quinze jours auparavant et au cours d'une violente quinte de toux, le malade avait ressenti à l'endroit intéressé une violente douleur qui avait diminué par la suite ». (In Thèse de Poulain, Paris, 1924).

En 1935 René Girot dans sa thèse passe en revue quelques-uns de ces facteurs d'apparition d'un hématome spontané du droit. Nous reproduisons ici trois de ces observations.

N° 1. — « Hématome chez une hypertendue ».

(Docteur Sourdat, In Thèse de Girot, Paris, 1935).

« Le 23 décembre 1930, une femme de 52 ans, en faisant son ménage, sans gros effort, ressent une violente douleur dans le côté gauche du bas-ventre. Elle ne présente à ce moment ni vomissements ni température.

Cependant, la douleur va s'accroissant, le pouls s'accélère, une selle normale.

A midi, la malade prend un léger repas.

Dans son passé, on note des métrorragies traitées par la radiothérapie et suivies de ménopause. La malade est hypertendue (24-12) et soignée comme telle.

A l'examen l'on constate une tuméfaction ferme sensible au palper dans la moitié gauche de l'hypogastre.

La paroi abdominale est dure, contractée. Le palper profond est de ce fait rendu impossible. Cette tumeur paraît grosse comme une grosse orange et s'enfonce dans le petit bassin. Au toucher, le col est conique et les culs-de-sacs sont libres,

On élimine le diagnostic de fibrome tordu et de néoplasme du colon gauche.

On retient finalement l'hypothèse de la torsion d'un ovaire kystique.

Les douleurs deviennent intolérables et devant l'acuité des phénomènes le chirurgien intervient. Une laparotomie a révélé une infiltration sanguine de la paroi qui est dure, œdématisée, échymotique et contient du sang noir et des caillots. On avait donc affaire à un hématome diffus du muscle grand droit de l'abdomen du côté gauche.

Une boutonnière pratiquée dans le péritoine a montré un péritoine, un utérus, des annexes normaux ».

Signalons au passage outre l'erreur due à l'intensité des signes péritonéaux comme aussi au passé génital de l'intéressée, l'existence d'une très importante contraction des muscles pariétaux à l'occasion d'un épanchement sanguin extra-péritonéal. Nous aurons l'occasion d'insister plus longuement sur ces faits dans une autre partie de notre exposé.

N° 2. — Hématome chez un variqueux. (In Thèse de Girot, Paris, 1935). Résumé.

« Le 18 mars 1934, un homme âgé de 55 ans ressent à l'occasion d'un léger effort une douleur dans l'hypogastre à gauche avec tuméfaction au niveau du grand droit de l'abdomen.

Rénitente en haut, plus dure en bas, cette tuméfaction donne l'impression d'une éventration étranglée

mais aucun antécédent n'est relevé dans ce sens. La tuméfaction paraît faire corps avec la paroi.

L'abdomen paraît normal à part une contracture localisée au muscle droit du côté gauche. Pas de vomissements ni de signe d'occlusion. Pas de température. On note la présence de varices et de varicocèle.

Une intervention exploratrice est pratiquée. L'incision révèle un tissu cellulaire échymotique. L'aponévrose incisée, on découvre un caillot et du sang noir qui décollent le muscle vers le bas. La cavité péritonéale n'est en rien intéressée.

N° 3. — Hématome chez un hypertendu. (In Thèse de Girot, Paris, 1935). Résumé.

M... D..., 36 ans, garçon livreur, en soulevant un tonneau vide fut pris d'une violence douleur au niveau de l'ombilie.

Le malade rentre chez lui. A ce moment apparaissent des nausées.

Le malade est envoyé à l'hôpital avec le diagnostic de « hernie ombilicale étranglée d'emblée ».

Au niveau de l'ombilie, est une tumeur du volume d'une orange légèrement à gauche et au-dessus. La tumeur apparue soudainement, la douleur vive, les nausées amènent à intervenir.

On découvre une tumeur très étendue, noirâtre qui laisse échapper une certaine quantité de sang et de caillots.

Donc « hématome du grand droit survenu sans cause apparente. Le sujet est un hypertendu, l'hématome est ramené à l'hypertension. »

KUHLE (Cité In Mondor) rapporte le cas d'une femme de 41 ans, celle-ci présente des douleurs vives, spontanées, brusquement apparues sur le côté droit du bas-ventre.

A l'examen, la paroi est grasse, douloureuse, tendue. A droite de la ligne médiane est une masse grosse comme le poing, ferme, immobile.

Que conclure ?

Pérityphlite absédée ?

Torsion de kyste ?

L'intervention révèle un hématome du droit.

PATEL rapporte un cas de rupture spontanée de l'artère épigastrique.

« Une femme de 53 ans au cours d'un rhume léger ressent, à l'occasion d'une quinte de toux une violente douleur dans le côté gauche de son abdomen. Son état devient rapidement alarmant. Sur le bord interne du grand droit gauche on constate une masse dure volumineuse. Une intervention pratiquée immédiatement révèle un hématome contenant environ trois-quarts de litre de sang et une artère épigastrique rompue que l'on a liée ».

Une autre cause de rupture des muscles droits et d'hématome consécutif existe du fait de la grossesse ou même du fait de grossesse passée. Carey et Culbertson publie le cas d'une tersigeste chez laquelle se produisit un hématome spontané du droit au cours d'une simple partie de golf.

Carl Beck rapporte le cas d'une mère de six enfants âgée de 40 ans, obèse, qui fut sujette à la même lésion

au cours d'un effort de toux. Le même auteur publie la statistique suivante, sur 41 cas :

- 11 au cours d'un effort de toux,
- 5 au cours de mouvements ordinaires,
- 6 au cours de mouvements inusités,
- 1 au cours de vomissements,
- 1 chez un athlète,
- 3 sans aucun mouvement,
- 9 chez des obèses.

15 de ces malades avaient eu des enfants. Et l'auteur signale les erreurs de diagnostic commises : torsion d'un kyste de l'ovaire, cholécystite, etc...

2° RUPTURES ET HEMATOMES SPONTANES D'UN MUSCLE SAIN

Plus proches que les précédents des cas que nous publions, bien qu'en différant sur certains points, ces hématomes des droits se rencontrent chez les sujets jeunes et bien portants.

Wolghemuth en 1923 publie un cas qui en imposa pour un kyste de l'ovaire tordu. « C'était bien, dit-il, sans traumatisme visible, sans processus pathologique du muscle et chez un individu bien portant, une rupture spontanée. Il suffit de quelques fibres avec lésion d'une artère. » (In Mondor).

Mondor signale dans son « Diagnostic différentiel des péritonites », la fausse péritonite du jeune sportif, fausse péritonite uniquement causée par la rupture des muscles droits, rupture plus ou moins conséquente avec hématome consécutif plus ou moins important.

Les médecins militaires ont, dans ce même ordre de faits, publié et décrit « l'hématome du jeune soldat ».

Nous citerons les travaux de Charvot, Couillaud, Plisson, médecin-major de première classe en France; ceux de Pochhammer et Kern, en Allemagne. Pochhammer en particulier publie quatre observations de malades porteurs d'hématomes siégeant au sein du grand droit à droite à l'occasion du saut, jambe droite la première.

Plus près de nous, la publication du Docteur Cathelin, chirurgien urologue a retenu notre attention.

Le Docteur Cathelin publie huit observations au sujet de malades observés au cours de la Grande-Guerre dans le centre d'urologie de la 15^e Région. Ces malades étaient de jeunes cavaliers des classes 16 et 17 envoyés dans un service d'urologie porteurs de tumeurs suspubiennes apparues dans les conditions suivantes :

« I... T..., 18 ans, soldat au N^e Régiment de chasseurs. Jeune soldat de la classe 17, entre dans le service le 5 février 1916. Il fait du cheval depuis un mois.

Il y a quinze jours, en sautant à la voltige, a ressenti une douleur dans le bas-ventre mais douleur supportable. Il n'a cependant pas pu continuer ses exercices mais il attend avant d'aller à l'infirmerie. Il n'avait pas de douleur à la marche et continue même l'exercice du cheval (saut et voltige).

Il ne va à l'infirmerie que quinze jours après. On trouve alors une tuméfaction étalée, profonde sous la sangle musculaire du grand droit gauche au niveau de son 1/5^e inférieur. Sur cette ligne, débordant à peine la ligne médiane, tumeur dure, régulière sauf peut-être tout à fait en haut, non mobile, non douloureuse à la

palpation sans solution de continuité avec le pubis et remontant à un travers de doigt de la ligne horizontale passant par l'ombilic. Pas de troubles vésicaux.

Nous portons le diagnostic d'hématome du grand droit qui disparaît après quinze jours par le repos absolu au lit et la compression humide en permanence ».

Et Cathelin publie ainsi sept autres cas analogues dont les symptômes sont superposables et se résument ainsi :

- 1° la douleur ni intense ni provoquée à la palpation ;
- 2° la tumeur tantôt ramassée, tantôt étalée, toujours unilatérale avec parfois échymoses ;
- 3° la situation toujours basse au niveau du grand droit en général à gauche ;
- 4° Absence de signes vésicaux et péritonéaux.

On voit aisément combien ces cas diffèrent encore de ceux que nous publions.

Citons enfin pour terminer cette énumération, une observation de Paul, (Résumée).

« Il s'agit d'un malade de 55 ans. Au cours d'une grippe avec broncho-pneumonie, ressent des douleurs dans le bas-ventre avec arrêt des matières et des gaz ; nausées ; brûlures à la miction.

On porte le diagnostic d'appendicite.

Température 38°4 ; pouls 96. Séquelles de pneumonie.

A l'examen : résistance dans la fosse iliaque droite dans la région appendiculaire qui est très douloureuse. On diagnostique un abcès appendiculaire.

Le tableau clinique s'assombrit, tous les signes augmentent d'intensité.

L'intervention révèle une rupture du grand droit. Guérison ».

3° CONCLUSIONS

Nous connaissons :

Les hématomes musculaires,

Les ruptures vraies des grands droits de l'abdomen, signalés les premiers après efforts minimes chez des hypertendus, des hépathiques, des variqueux, des vieillards, en un mot chez des gens à musculature déficiente parce qu'altérée, les deuxièmes après efforts violents chez des cavaliers, ou des sportifs.

Les déchirures fibrillaires, localisées avec hématomes minimes consécutifs s'opposent aux premiers parce que déchirures et hématomes sont généralement peu importants, ne se signalent ni par la faille nette ni par la tumeur qui se voit, qui bombent, et donnent lieu en raison de leur faible importance à des réactions peu marquées. Elles peuvent échapper à un examen superficiel, en imposer, en raison des réactions de voisinage pour une affection, abdominale, à un expert non averti.

Elles se produisent toujours à la suite d'un traumatisme indirect, spontané en apparence, elles sont consécutives à une contraction musculaire violente. Elles se produisent au niveau de muscles anatomiquement sains, chez des jeunes gens robustes bien constitués, sans tare ou lésion cliniquement décelable.

Elles s'opposent aux deuxièmes par le caractère brutal de la douleur, par l'absence de tumeur considérable, l'absence d'échymose, la localisation différente, enfin par les signes généraux qu'elles produisent. Nous pourrions cependant signaler plus loin quelques analogies.

IV. — ETUDE CLINIQUE

1. — SYMPTOMATOLOGIE

Par quels signes les ruptures fibrillaires des muscles grands droits de l'abdomen se révèlent-ils ?

La douleur, la contracture, les nausées et les vomissements.

Signes de réaction péritonéale comme le signale Hilguenreiner en 1923, dans une revue de la question, comme on l'a vu aussi par les quelques exemples que nous avons cités.

Nous discuterons plus loin la valeur de ces signes.

A. — LA DOULEUR

C'est un signe constant, c'est le premier qui attire l'attention du malade, celui qui l'amène à consulter.

Son *mode d'apparition*, dans tous les cas que nous avons étudiés, a revêtu le même caractère: c'est un mode d'apparition brutal, soudain. Certains malades ont parlé de sensation de « déchirure ». Sans attacher

plus d'importance qu'il en convient à ces phénomènes subjectifs, on peut, cependant, se faire, par là, une idée. De plus, un malade a présenté un état syncopal.

Son siège, à un examen attentif, est sur le bord externe du grand droit, à droite. Là, se trouve un point précis, électif, que révèle la palpation à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur du muscle. A partir de ce point-là, et bien que s'atténuant à mesure qu'on s'en éloigne, on retrouvera encore cette douleur plus diffuse à la palpation sur une ligne, ou mieux dans une zone qui s'étend du bord externe du muscle à la ligne blanche.

Elle s'atténue dans la fosse iliaque droite, comme si cette douleur était incluse dans le revêtement aponevrotique du muscle droit.

Son intensité, d'après ce que nous avons dit plus haut, est importante. Elle reste sensiblement égale à elle-même dans les 24 premières heures qui suivent son apparition. Elle est calmée par le repos au lit.

Fait important, elle augmente dans les efforts qui intéressent la sangle abdominale et, en particulier, dans le passage de la position couchée à la position assise contrariée.

B. — LA CONTRACTURE

Dans la moitié des cas que nous exposons, l'examen clinique a révélé de la contracture de la paroi abdominale.

Son siège suit la topographie de la zone douloureuse. C'est, nous le répétons, une zone qui a son point de dé-

part sur le bord externe du grand droit et sa limite à la ligne blanche.

Son intensité va depuis la simple défense d'un muscle « en éveil » jusqu'à l'immobilité complète et la contracture du muscle en entier.

Signe moins constant que le précédent, mais dont de nombreux auteurs se sont attachés à démontrer l'importance.

1° *Signification physiologique*

Mondor remarque amèrement, que « ce signe d'un usage si profitable, voit son explication encore très bégayante ».

Pour Roux (de Lausanne), la contracture n'est que la traduction de la vigilance de la paroi contre la douleur spontanée et provoquée. Ce serait un moyen de mise au repos d'un viscère sous-jacent.

« L'immobilisation du diaphragme, maintenu en expiration forcée, en attirant l'estomac dans son retrait, contribue à augmenter la contracture de la paroi : l'estomac est ainsi immobilisé entre deux muscles tendus ». (Roux In Monda).

Il semble, cependant, qu'il faudrait pouvoir préciser la genèse de cette vigilance et le lien qui relie le viscère au muscle, lequel lien conduit le stimulus de l'un à l'autre.

D'autres auteurs soutiennent la théorie de la contracture phénomène réflexe.

Mackenzie rapporte les travaux et l'expérimentation de Sherrington. Il explique la contracture par un réflexe à point de départ viscéral : réflexe viscéro-moteur. Se ralliant aux théories de Sherrington, de Ross et

Head, il nie l'origine infectieuse obligatoire, invoquant des cas de contractures, causées par des coliques néphrétiques, des calculs vésicaux. Il la compare, cependant, à la contracture des muscles s'insérant au voisinage d'une articulation enflammée.

D'après les travaux de Sherrington, Mackenzie montre que les muscles abdominaux peuvent se contracter en petites sections. Ces muscles empruntent, en effet, leur innervation à plusieurs racines spinales et de l'étendue du stimulus à point de départ viscéral dépend le nombre de racines intéressées.

De son côté, Zaccary Cope fixe le point de départ du réflexe au niveau même du péritoine pariétal: réflexe péritonéo-pariéto-moteur, irritation de la paroi et des tissus voisins.

Le réflexe viscéro-moteur existe, mais chez l'homme, dans les affections abdominales aiguës, le réflexe a son point de départ dans le péritoine pariétal. Celui-ci participe toujours à la lésion. Il y a, cependant, des zones « non démonstratives » où le péritoine ne manifeste pas sa sensibilité. A ce niveau, sa lésion ne s'accompagnera pas de contracture.

Et, à l'appui de cette idée, Cope donne l'argument suivant: « Dans les appendicites rétro-cœcales, la contracture est, sinon absente, du moins très diminuée et tardive ».

C'est que le péritoine est plus longtemps épargné comme étant plus éloigné du foyer de la lésion. Et c'est une erreur d'attendre ce signe qui, dans ce cas, perd tout caractère de précocité.

Du reste, pour Cope, on ne peut préciser la relation

entre le degré de l'irritation causale et l'importance de la contracture qui y répond.

Que l'on tienne pour vraie l'une ou l'autre de ces théories, que l'on fasse le point de départ sur la paroi ou, au contraire, sur le viscère profond, que l'on admette enfin de la contracture telle ou telle pathogénie, sympathique pour Laiguel-Lavastine, trouble du tonus pour d'autres, il n'en est pas moins vrai qu'il est des cas d'allure paradoxale.

Du degré de la contracture, de l'intensité de ce signal pariétal, on ne peut tirer des conclusions certaines quant à l'étendue, à l'intensité, à la localisation de la lésion sous-jacente.

Broca, en 1898, rapportait le cas suivant : un sujet est soumis à un traumatisme très important de l'abdomen. Aucun signe local ou fonctionnel.

Le lendemain, Reclus intervenait pour péritonite généralisée avec section complète du colon transverse.

Schwartz et Quenu rapportent quinze observations de contracture localisée ou même absente avec des lésions viscérales graves.

Reny affirme que « la contracture abdominale est plus intense et plus précoce, lorsque l'irritation du péritoine est produite par un liquide infectant ». Il y aurait, en effet, action infectante et action mécanique associées.

Schwartz et Lecène pensent que la vraie contracture abdominale démontre formellement l'existence d'une lésion infectieuse du péritoine. On sait combien une telle affirmation peut être abusive. Des épanchements stériles, comme le liquide épanché lors de la rupture

d'un ulcus gastro-duodénal (Lecène) des épanchements sanguins, peuvent amener l'apparition de ce symptôme.

Alglave insiste sur le caractère réflexe de la contracture, car celle-ci disparaît après l'anesthésie. Il cite un cas où une simple plaie du diaphragme par balle sans autres lésions, cause un véritable « ventre de bois ».

Notre expérience, certes encore bien courte, en la matière, nous a permis d'observer des contractures de moyenne importance de parois recouvrant une cavité péritonéale qui, à l'intervention, laissaient échapper une abondante quantité de liquide franchement purulent. Au contraire, Popper rapporte un cas de péritonite marquée par une très importante défense pariétale sur un péritoine contenant un liquide absolument stérile (In Mondor).

2° Facteurs d'apparition

« C'est qu'en effet, la variabilité de ces facteurs fera la variabilité des degrés de la contracture » (Cope).

a) Le facteur d'irritation.

L'importance de son chimisme paraît certaine. L'agent irritatif à p h acide étant le plus important. L'effet réalisé, allant décroissant depuis le liquide gastrique, les liquides purulents intestinaux : gaz, etc... Nous étudierons avec quelque détail le caractère des réponses aux sollicitations causées par le sang.

b) Un deuxième facteur réside dans la valeur du réflexe. Cette valeur varie avec :

- la réflectivité constitutionnelle de l'individu,
- l'âge du sujet considéré, en faveur des sujets jeunes et antérieurement sains,
- l'époque à laquelle le sujet est observé, le réflexe neuro-musculaire se fatigant à la longue,
- la qualité du muscle pariétal, qualité altérée chez le vieillard, le cachectique, l'obèse, le ptosique, la femme accouchée dont le muscle fatigué ne réagit plus que faiblement, l'intoxiqué, et le typhique.

A ce propos, il nous vient à l'esprit le cas d'un jeune homme de 19 ans, entré à l'hôpital au cours du 3^e septenaire d'une dothienenterie. Le malade semblait résister convenablement à l'infection et son état s'améliorer. L'apparition brutale de symptômes alarmants, accélération du pouls, polypnée, baisse de la température, etc... avec défense très légère de la paroi abdominale, nous fit songer un instant à une hémorragie par perforation intestinale. Le ballonnement, l'évolution rapide des symptômes vers l'exitus et les constatations que nous fîmes à la nécropsie démontrèrent l'existence d'une péritonite généralisée chez un organisme sidéré par l'intoxication.

c) La réduction de la phase active de la réaction péritonéale soit par rupture de la défense de l'organisme, soit par évolution vers une péritonite généralisée.

d) Enfin, la localisation de la lésion, dont la situation profonde peut amener l'absence de contracture ou des contractures accessoires.

3^e Action du sang sur le péritoine

Il nous a paru intéressant de rapporter ici l'opinion de quelques auteurs quant à l'action du sang sur le péritoine pariétal. L'épanchement sanguin intra-péritonéal s'accompagne-t-il de contracture ? L'épanchement rétro-péritonéal entraîne-t-il de la contracture et en entraîne-t-il toujours.

Autant de questions qui sont à considérer. Elles furent débattues à la Société Nationale de Chirurgie en 1930-31-33.

Nous rapportons ici quelques conclusions :

a) ACTION DU SANG EPANCHE AU CONTACT DE LA FACE INTERNE DU PÉRITOINE

Pour Lecène, la contracture n'est pas un signe d'hémorragie interne.

Duncombe signale un éclatement de la rate avec ventre souple chez un sujet de 26 ans ayant reçu un coup de pied de cheval.

Revel rapporte trois observations d'éclatement de la rate avec ventre souple dans deux cas, il y avait un peu de défense due à des ruptures associées.

Autre exemple: Proust affirme que l'épanchement intro-péritonéal « est loin d'entraîner automatiquement la contracture, mais cependant, il est possible qu'elle existe ».

P. Duval rapporte deux cas de contracture à l'occasion de ruptures tubaires.

Hartmann signale un cas par plaie du foie,

P. Brocq cite un cas de contracture accompagnant une rupture de la rate.

G. L. Faure donne de la contracture l'explication suivante: ce qui donne la contracture c'est la douleur, c'est une réaction de défense contre la douleur que révèle la sensibilité profonde.

Métivet rapporte deux cas de contracture retardée respectivement de 36 et 48 heures, accompagnant un épanchement de sang intra-péritonéal. Pour cet auteur, la contracture apparaîtrait après une certaine période de latence lorsque le péritoine commencerait à réagir.

Basset conclue d'une manière analogue: la contracture n'est pas un signe habituel de l'hémorragie, mais on peut le trouver tardivement. Un malade porteur de rupture de la rate ne présente de symptômes que le 7^e jour après l'accident.

Enfin, Reny publie trois observations de malades porteurs d'hémorragies intra-péritonéales ayant entraîné de la contracture.

b) ACTION DU SANG EPANCHE AU CONTACT DE LA FACE
EXTERNE DU PÉRITOINE

Il semble que dans ce cas des conclusions plus précises puissent être tirées.

MM. Guibal et Cuenot, travaillant sur des cobayes, signalent un signe précoce de contracture à savoir l'amplitude accrue des mouvements respiratoires. Ce test serait le plus précoce des signes cliniques. L'injection de sang dans la loge rénale amène la production de ce symptôme.

J. Quenu rapporte des cas de contracture généralisée due uniquement à un hématome rétro-péritonéal.

Picot a observé de la contracture à l'occasion d'un traumatisme lombaire amenant la formation d'un volumineux hématome qui soulevait le péritoine pariétal postérieur.

Dans un même ordre d'idées, Guibal publie l'observation suivante :

« M. G. reçoit un choc causé par un poids à la partie inférieure du grill costal et dans la région lombaire gauche. Douleur violente et malaise intense amenant l'hospitalisation. A l'examen, le flanc et l'hypocondre gauche sont contracturés. L'hémi-abdomen droit reste souple. Une laparotomie amène une splénectomie et la découverte d'un gros hématome de la loge rénale. Néphrectomie et guérison ».

Enfin, nous résumons ci-après une observation de Reny :

« M. B., âgé de 18 ans.

» Reçoit un coup de pied au cours d'une rixe — syncope immédiate — reprend connaissance un moment après et accuse une douleur importante de son abdomen.

» Au bout de 6 heures, le sujet est très shocké, le faciès est pâle et le malade paraît souffrir beaucoup.

» Pouls 120, température 37°5.

» A l'examen, sangle immobilisée du côté droit — contracture de l'hémi-abdomen droit — palpation douloureuse avec maximum de la douleur dans la ré-

gion para-ombilicale. Le blessé vomit pendant l'examen.

» Diagnostic: hémorragie par plaie du foie ou rupture d'une anse.

» Intervention: l'incision de la gaine des droits montre un hématome sous-péritonéal intéressant les deux tiers du muscle — pas de sang dans le péritoine. Guérison ».

4° Conclusions

Au total, la contracture apparaît comme un signe de très grande valeur.

« Quand le signe est là, dit Mondor, il n'est plus temps de contreverser, de désigner, pour s'abstenir de chirurgie, une température normale, de prendre dix fois un pouls rassurant, de se féliciter du petit nombre de vomissements, l'heure des consultations jacassières est passée. C'est de toute certitude l'heure du bistouri ».

Cependant, c'est un symptôme qui n'est pas toujours proportionné à la cause déterminante. En particulier, un épanchement sanguin peut en amener l'apparition.

Des travaux des auteurs que nous avons consultés, il semble que l'on puisse conclure qu'un épanchement sanguin à l'intérieur de la cavité péritonéale, n'entraîne pas obligatoirement de contracture pariétale, mais le peut dans certains cas, sans qu'on ait pu préciser d'autres conditions à cette apparition.

L'épanchement sanguin survenant au contact de la face externe du péritoine, paraît amener à tout coup de la contracture des muscles pariétaux.

Symptôme de réaction péritonéale, ce signe est-il dans le cas de nos malades un signe positif ou un signe d'emprunt ?

Il semble que l'on puisse affirmer que cette défense, cette contracture des muscles droits indique l'irritation du péritoine au contact d'un épanchement sanguin, si l'on s'en tient aux conclusions des auteurs que nous avons cités. Le fait qu'elle ne soit pas produite dans tous les cas, s'expliquerait par le peu d'importance de l'hématome consécutif à une rupture intéressant un nombre moins grand de fibres musculaires. On peut, d'autre part, imputer la contracture à la simple déchirure.

Quoi qu'il en soit et sans que nous prenions position, ce symptôme garde toute sa valeur, parce que faisant penser à des lésions d'une toute autre importance que celles dont nos malades étaient porteurs, comme aussi à des décisions thérapeutiques d'une toute autre gravité.

C. — LES NAUSEES ET LES VOMISSEMENTS

Symptôme présenté par quatre de nos malades, l'état nauséeux suivi ou non de vomissements, est justiciable d'une discussion identique à celle que nous avons ébauchée au sujet de la contracture.

On en connaît l'origine réflexe, réponse d'un centre bulbaire à des excitations transmises par le cortex, excitations nées en des points très différents de l'organisme.

Dans le cas qui nous occupe, l'excitant est-il au niveau du péritoine, ou bien plus simplement, au niveau

même du muscle déchiré? Dans le deuxième cas, comme dans le premier, ce symptôme garde sa valeur de signe d'alarme.

On peut aussi penser en trouver la cause dans la vive douleur ressentie par le sujet lors de la rupture.

D. — AUTRES SYMPTOMES

ELEVATION THERMIQUE. — ACCELERATION DU POULS VOUSSURE. — FAILLE

Ces signes ont été notés dans plusieurs des cas que nous avons exposés. Ils ont rétrocedé dans tous les cas après le repos au lit.

L'élévation thermique pas plus que l'accélération du pouls ne se sont montrées très importantes.

Dans l'observation n° 1, nous notons une température à 37°5 et un pouls à 92.

Dans l'observation n° 2, température 38°, avant l'entrée à l'hôpital.

Dans l'observation n° 10, température 37°5.

Dans l'observation n° 11, température 37°8.

Il semblerait que l'on puisse rapporter cette élévation de la température à ce que Pillon appelle la fièvre traumatique aseptique. Cependant, il est à noter que ce ne sont pas les malades qui ont présenté les signes péritonéaux les plus nets qui ont vu leur température s'élever. D'autre part, cette fébricule apparaît d'une manière bien précoce pour qu'on puisse parler de fièvre de résorption.

Dans l'observation n° 3 et 4 l'examen a permis de

déceler une voussure de faible importance. Cette voussure siégeait sur le bord externe du grand droit. Ce signe a aidé le diagnostic dans ces deux cas.

Dans l'observation n° 6, est signalée la présence d'une faille dont le doigt pouvait apprécier le contour.

Ces deux signes de grande valeur sont trop inconstants pour que leur absence fasse infirmer le diagnostic de rupture.

2° ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Nous connaissons l'existence des déchirures fibrillaires des muscles droits de l'abdomen. Nous en avons étudié les symptômes.

Quelles sont leurs causes ? Quel est le processus pathogénique de telles lésions ? Ces deux ordres de faits s'intriquent intimément et nous les avons étudiés en un seul chapitre d'ensemble.

A quoi les attribuer ? A une contraction musculaire violente soutenue comme nous l'avons indiqué plus haut, mais aggravée par le fait qu'elle a été incoordonnée.

On en trouve les raisons dans le fait qu'on ne les a constatées que chez de jeunes soldats soumis à l'entraînement sportif auquel ils n'avaient pas été préparés, soumis brutalement si on peut ainsi dire, sans progression ou à une cadence trop rapide qui brûle les étapes d'un entraînement progressif.

Ces malades sont de jeunes soldats, peu après l'incorporation qui les a déclarés aptes et au début de l'instruction, généralement, chez des cavaliers qui ne connaissaient rien ou presque de l'équitation avant leur

arrivée au corps, et surtout d'une équitation telle qu'elle est pratiquée au régiment et qui, en moins de six mois, se propose de faire, de braves paysans solides, mais lourdauds, des cavaliers accomplis.

Les déchirures fibrillaires sont inconnues ou presque chez les soldats ayant un certain temps d'entraînement. Un cas seulement, sur onze observations, et ici, la violence de l'effort nécessité chez un caporal en tenue de campagne avec équipement complet pour s'enlever au-dessus d'une murette suffit à l'expliquer.

Ces déchirures se produisent, en général, à droite presque exclusivement.

C'est qu'en effet, on est en général droitier et c'est à droite, généralement, que la paroi abdominale fournit le plus gros effort pour « s'enlever », pour résister. Nous n'en trouvons qu'un cas à gauche que nous n'avons pas mentionné dans nos observations et que nous résumons ci-après. C'est le seul malade qui échappe à la règle commune, si nous pouvons ainsi dire, car la déchirure s'est produite au sein du muscle grand droit gauche et chez un soldat déjà ancien.

OBSERVATION N° 12

A... F..., 76° B. A. F.

DIAGNOSTIC A L'ENTRÉE: *Syndrome douloureux de la fosse iliaque gauche.*

Alors qu'il montait une pente très accusée, le malade a ressenti une douleur violente dans le flanc gauche suivie de syncope. Rapidement dégraffé, un sous-officier aurait constaté la présence d'une tuméfaction dans le flanc gauche se propageant vers le bas. Le malade a

uriné normalement après l'accident. Pas de vomissements.

Il n'avait jamais présenté de phénomènes analogues et sans antécédents particuliers.

A L'ENTRÉE, malade très anxieux, geignant, se plaignant d'une douleur très vive dans le flanc gauche et la région para-ombilicale gauche accentuée par les mouvements et par la respiration forcée.

L'incursion abdominale à la respiration est diminuée dans ces régions douloureuses.

La palpation montre un ventre souple dans sa moitié droite. A gauche, la palpation est douloureuse dans le flanc, mais la moindre pression sur le grand droit, immédiatement en dehors de l'ombilic est excessivement douloureuse.

Pouls 90.

L'après-midi, malade moins agité. Température 37°4.
Pouls 85.

Les douleurs sont moins vives dans les régions indiquées ci-dessus. On sent à la palpation abdominale une crispation particulière, mais des douleurs provoquées moindres. Toucher rectal non douloureux.

Evolution: Diminution progressive des phénomènes douloureux. La douleur est surtout accusée dans les mouvements de flexion et d'hyper-extension du tronc. La palpation abdominale douloureuse en tous points, décèle, cependant, toujours une prédominance à gauche et dans la région para-ombilicale. Signe de Jacob positif.

Aucun phénomène général associé.

Sort le 13 juillet 1938.

« *Hématome consécutif à déchirure musculaire du grand droit gauche de l'abdomen avec réaction péritonéale consécutive* ». Amélioration marquée par le repos, les applications de compresses chaudes. Persistance de légères douleurs musculaires à la mobilisation active contrariée du muscle. Disparition de la réaction péritonéale chez un homme qui a repris son alimentation normale.

Sort sur sa demande. N'a pas besoin de soins hospitaliers.

A laisser quelques jours au repos.

Pourquoi ces déchirures et puisqu'elles sont le fait de la pratique des sports, ne sont-elles pas plus communément observées chez les sportifs et pourquoi seraient-elles ou sembleraient-elles être l'apanage des jeunes soldats ?

A cela, on peut répondre :

L'entraînement sportif chez les civils est plus progressif, plus surveillé. Un jeune homme qui fait de l'équitation, du ski, commence généralement son apprentissage sous la surveillance d'un moniteur qui veille à graduer les exercices. Le moniteur existe bien à l'armée, aussi bon dans sa partie, parfois meilleur que le moniteur civil. Mais il n'est pas aussi... prudent que ce dernier. Le civil a tout le temps devant lui pour apprendre et s'il s'attarde, cela n'a pas grande importance. Le militaire doit apprendre avant tout et apprendre vite. Il est urgent qu'il soit instruit pour accomplir son service. Le moniteur lui apprend très peu de théorie et beaucoup de pratique. Le militaire sera donc maladroit au début, d'où les chutes, les traumatismes,

les déchirures fibrillaires. « C'est en forgeant, qu'on devient forgeron ». Le militaire, au début, « forgera » de travers avant d'avoir acquis l'expérience nécessaire.

De plus, nous avons vu que les déchirures du grand droit sont traitées par le repos qui calme la douleur et amène la guérison. Le malade civil peut de lui-même appliquer ce traitement et reprendre son travail, après quelques jours de repos.

Le soldat, ne peut se reposer, si ce n'est sur l'avis du médecin. Tous ces malades seront vus automatiquement à la visite médicale. Ces raisons paraissent expliquer la fréquence relative des cas de ruptures fibrillaires chez les jeunes soldats.

Comment se produit cette rupture ?

Cathelin dans l'étude que nous avons citée plus haut, envisage plusieurs modalités pathogéniques.

a) Hypothèse de la contusion directe.

Formulée par Plisson, le cavalier se mettant en selle d'une manière maladroite vient buter contre le pommeau qui traumatise la partie inférieure de son abdomen. Il en résulte de petites ruptures musculaires inaperçues qui préparent en quelque sorte une rupture plus importante, laquelle déclanche l'apparition du syndrome lors d'une contraction plus grande ;

b) Rupture vasculaire des branches de l'épigastrique bridées au contact du ligament arqué. C'est l'hypothèse émise comme la plus vraisemblable par Cathelin ;

c) Hypothèse de la rupture indirecte.

Semblable à la rupture du tendon d'Achille, ou de certains muscles des membres : brachial antérieur, tri-

iceps sural, droit antérieur, lors de contractions violentes ou incoordonnées.

C'est l'hypothèse à laquelle nous nous rangerons le plus volontiers, ainsi que le fit Pochhammer, en Allemagne. Les raisons, nous les prendrons dans les circonstances étiologiques, toujours les mêmes qui ont présidé dans tous les cas à l'apparition du syndrome.

Ce sont : l'effort anormal — la contraction incoordonnée, nous dirons même, le geste maladroit d'un homme non entraîné — neuf cas — d'un homme surchargé — deux cas — chez lesquels l'éducation physique n'a pas encore établi les synergies, les syncinésies physiologiques amenant le déséquilibre dans la mécanique musculaire.

De l'hypothèse du micro-traumatisme répété, nous dirons qu'elle ne nous paraît pas vraisemblable.

De par la situation haute de la lésion (l'hématome des cavaliers a une situation suspubienne et siège dans le 5^e inférieur du muscle)

De par ce fait aussi, que deux de nos observations portent sur des fantassins qui n'avaient aucune raison de voir leurs muscles droits traumatisés pas plus à cet endroit qu'ailleurs.

Nous ne retiendrons pas non plus l'hypothèse de la rupture artérielle. La raison en est que les malades dont nous publions les observations n'ont présenté aucun signe clinique d'hématome important (cas au contraire des malades traités par Cathelin). Ce qui n'eût pas manqué aussi de se produire s'il se fût agi de ruptures artérielles vraies.

C'est donc à une rupture musculaire, rupture fibril-

laire n'intéressant que quelques fibres, avec hématome minime consécutif produit par un effort incoordonné et brutal, que nous pensons devoir imputer les syndromes que nous avons décrits chez les jeunes soldats au début de leur entraînement sportif.

3° DIAGNOSTIC

Les déchirures fibrillaires du muscle grand droit de l'abdomen à droite, se présentent de par les signes péritonéaux qui sont les leurs propres ou qu'elles empruntent — nous savons ce qu'on peut en penser — comme un syndrome « D'ABDOMEN AIGU » ou tout au moins subaigu.

Ce syndrome est très proche parent de l'accès d'appendicite aiguë. Brusquerie de l'apparition, douleur diffuse du début, défense de la paroi, état nauséux, parfois vomissements, légère élévation de température, bien peu de signes manquent. On porte rapidement le diagnostic d'appendicite et le malade est hospitalisé en vue d'une intervention.

Sur quels points se basera-t-on pour réformer ce diagnostic ?

Il n'entre certes pas dans notre intention, à propos d'une lésion bien définie de passer en revue les signes classiques de l'appendicite aiguë. Nous chercherons toutefois, à mettre en valeur les symptômes qui permettront de faire le diagnostic de déchirure fibrillaire des muscles grand droit à droite et partant, de décider de la thérapeutique.

Pour éviter des répétitions, nous avons étudié les éléments du diagnostic positif et du diagnostic différentiel dans un même chapitre.

Eléments du Diagnostic

1° BRUSQUERIE ET CONDITIONS DE L'APPARITION DES SYMPTÔMES

La douleur de la déchirure se manifeste plus brutalement peut-être que dans l'appendicite. Il est évident que rien, dans l'état antérieur du sujet, ne laissait prévoir. Nous l'avons signalé plus haut, tous les malades ont déclaré la brusquerie de cette apparition, l'un d'entre eux ayant même parlé de sensation « de déchirure ». Mais ce n'est là qu'une nuance trop difficile à évaluer par le clinicien pour en faire un élément du diagnostic.

Ce qui, à notre sens, est beaucoup plus important, c'est que cette douleur apparaît au cours d'un exercice auquel l'homme était peu entraîné et qui a nécessité, de sa part, un effort violent et qu'il n'a pas su coordonner, cet homme étant indemne de tout passé abdominal, et surtout appendiculaire.

Cette douleur persiste toujours égale à elle-même sans aggravation, au cours des heures qui suivent.

Elle tend à disparaître par le repos.

Fait très important, elle est réveillée par la contraction musculaire de la paroi abdominale :

Au cours du passage de la position allongée à la position assise contrariée ;

Au cours d'un effort de vomissements chez un malade ;

Au cours d'un effort pour quitter le lit chez un autre qui ne souffrait pas en position couchée.

Ce symptôme constitue un élément de diagnostic auquel Lecène attribue beaucoup de valeur.

2° SIÈGE DE LA DOULEUR

Elle siège à un examen attentif, non dans la fosse iliaque droite, ni même dans le flanc droit, mais bien sur le muscle grand droit, sur le bord externe de ce muscle.

Nous savons que cette douleur s'étend vers la ligne blanche et non vers la fosse iliaque droite et paraît incluse dans le revêtement aponévrotique du muscle qu'elle ne saurait dépasser.

C'est ce muscle grand droit qui est douloureux et en particulier lors de sa contraction.

3° DÉFENSE DE LA PAROI

Elle suit la topographie de la zone douloureuse: La fosse iliaque elle-même est indolente et libre. Ce fait a été constaté sur tous les malades. Et pour peu que ces derniers soient mis en confiance et que l'examen soit mené très doucement, seul le muscle grand droit reste « en éveil », prêt à se défendre à la palpation.

Comme il est noté dans les observations 3, 4, 6, le doigt explorateur peut « soupçonner » mieux qu'il ne la sent, une petite encoche musculaire, une minime voussure aussi en promenant légèrement le doigt de haut en bas sur la paroi. Cette voussure a le point douloureux pour centre.

4° SIGNES NÉGATIFS

Enfin, d'autres signes de réaction péritonéale et appendiculaire recherchés sont demeurés négatifs.

Le toucher rectal systématiquement pratiqué dans tous les cas, s'est révélé dans tous les cas négatif.

Le signe de Jacob, de même, recherché, a donné des résultats analogues.

Recherché par pression et brusque relâchement de la paroi de la fosse iliaque gauche, il a donné dans tous les cas, une indolence complète de la fosse iliaque droite.

En résumé, et parmi ces éléments de diagnostic, les plus importants sont à nos yeux :

— la brusquerie d'apparition de la douleur à l'occasion d'un effort, d'un exercice, que le malade n'a pas l'habitude d'exécuter et pour l'accomplissement duquel il n'a pas encore réalisé la coordination, la synergie musculaire adéquate ;

— la localisation de la douleur et localisation précise au niveau du muscle grand droit de l'abdomen, avec une fosse iliaque droite libre, souple, indolente à l'examen attentif.

4° EVOLUTION ET TRAITEMENT

Traitées par le repos au lit, les compresses chaudes « loco dolenti » les déchirures fibrillaires des muscles grand droit de l'abdomen, voient leurs symptômes rétrocéder rapidement et d'une manière définitive.

La reprise de l'alimentation normale peut être très précoce, sans qu'aucun trouble en résulte.

Aucun des malades, dont nous avons exposé le cas, n'a présenté, au cours de son service, de réaction appendiculaire si minime soit-elle.

Le pronostic de cette affection est donc également bénin.

V. — CONCLUSIONS

A côté des ruptures, à côté des hématomes spontanés de la paroi abdominale — des muscles grands droits pour mieux dire — dont un grand nombre peuvent être aisément diagnostiqués de par leur importance, il nous a paru utile de faire une place à la déchirure fibrillaire de ce même muscle à droite avec léger hématome consécutif. Lésion minime de pronostic, de traitement bénin, qui ne se signale que par l'élément douleur en général et dont la localisation peut faire croire à une appendicite et entraîner la sanction opératoire que commande cette dernière affection.

Nous avons vu que cette sanction opératoire avait été décidée à l'occasion de ruptures et hématomes plus haut cités, en raison des signes péritonéaux alarmants qui avaient fait errer le diagnostic.

S'accompagnant de symptômes moins intenses, ces hématomes consécutifs à de minimes déchirures, n'en doivent pourtant, pas davantage, être pris à la légère. On ne doit pas s'exposer à l'erreur inverse.

Pareilles lésions sont, sans doute, assez rares dans la pratique civile; nous en avons exposé les raisons, comme aussi les circonstances qui en amènent la constatation dans la pratique de la médecine militaire.

Nous sommes d'ailleurs convaincus, qu'on peut en découvrir davantage si on s'attache à mieux préciser la pathogénie de beaucoup de « flancs droits douloureux » de « petites réactions appendiculaires » guéris simplement en quelques jours, par le simple repos et demeurés sans lendemain, après une première alerte.

BIBLIOGRAPHIE

- AUREGAN. — Etude sur les hématomes musculaires.
(*Thèse de Bordeaux*, 1898).
- BACHY. — Contribution à l'étude des hématomes spontanés du muscle grand droit de l'abdomen.
(*Thèse de Lille*, 1930-1931).
- BONNET et MICHON. — Hématome de la gaine du grand droit avec laparatomie. (*Presse Médicale*, 26 mai 1923).
- BOPPE. — Hématomes et abcès de la paroi antérieure de l'abdomen. (*Journal de Chirurgie*, 1922, t. XIX, page 245).
- CAREY-CULBERTSON. — Hématomes spontanés de la gaine des droits de l'abdomen. (*Journal de Chirurgie*, page 740, 1926).
- CARNOT. — L'hématome du grand droit des hépatiques. (*Paris Médical*, an XIV, n° 20, 17 mai 1924, page 464).
- DEVÉ. — Le coup de fouet épigastrique des cirrhotiques. (*Soc. de Médec. de Rouen*, 8 janvier 1923, in *Normandie Médicale*, 1^{er} février 1923).

- GUEULETTE. — (*Journal de Chirurgie*, juillet 1934).
- GIROT (René). — Les hématomes spontanés des grands droits de l'abdomen. (*Thèse de Paris*, 1935).
- G. GUIBAL, A. CURNOT. — Hématome sous-péritonéal et contracture abdominale. (*Bul. et mém. Soc. Nat. Chir.*, t. L. IX, n° 10, 18 mars 1933).
- G. GUIBAL et A. CURNOT. — Importance du sang comme facteur d'irritation péritonéale (hématome sous-péritonéal). (*Presse Médicale*, n° 41, 582-585, 12-4, 1933).
- KAPEL. — Rupture sous-cutanée du muscle droit en particulier chez les gens âgés. (*Zentralb. Für. Chir.*, t. L. VIII, n° 27, p. 1693, 4 juillet 1931, cité in Mondor).
- KATZAREFF. — Rupture spontanée de l'artère épigastrique. (*Lyon Chirurgical*, 18 septembre, octobre 1921).
- KÜHLE. — Hématomes spontanés de la paroi abdominale. (*Munich Mediz. Wochen*, t. LXXVIII, n° 39, 25 septembre 1931, p. 1630, in Mondor).
- LAROYENNE. — Hématome spontané du muscle droit de l'abdomen. (*Société de Chirurgie de Lyon*, 4 juin 1920, in *Lyon Chirurgical*, septembre-octobre 1920).
- LOEPER et TURPIN. — Hématome du grand droit et du psoas. (*Soc. Méd. Hôp. de Paris*, p. 1204).
- MONDOR. — Les diagnostics urgents — Abdomen. (*Mas-son et Cie*).

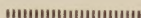
- PATEL. — (*Société de Chirurgie de Lyon*, septembre 1920).
- PAUL. — Rupture spontanée du muscle grand droit simulant une appendicite. (*Bull. et Mém. de la Soc. Anat. de Paris*, 1924, page 340).
- POULAIN. — L'hématome du grand droit des hépatiques. (*Thèse de Paris*, 1924, n° 109).
- RICHARDSON. — (*Gazette Médicale*, 1858. Déchirure de l'artère épigastrique, in Mondor).
- RENY. — Les syndromes pseudo-péritonéaux. (*Thèse de Nancy*, 1928, n° 389).
- SOURDAT et DE BUTLER. -- Hématomes du muscle grand droit. (*Picardie Médicale*, n° VIII, octobre 1934).
- TAPIE. — Les hématomes leucémiques. (*Thèse de Toulouse*, 1920).
- WOHLGEMUTH. — Rupture sous-cutanée du muscle droit de l'abdomen. (*Arch. f. Klin. Chir.*, t. 122, f. 3, 1923, p. 648. Résumé in *Journal de Chirurgie*, t. XXI, 1923, p. 640).
-

TABLE DES MATIÈRES

PREFACE	9
AVANT-PROPOS	13
I. — INTRODUCTION	17
II. — OBSERVATIONS	21
III. — PLACES DES RUPTURES FIBRIL- LAIRES DANS LA QUESTION DES HEMATOMES SPONTANES DE LA PAROI ABDOMINALE	33
1° Ruptures et hématomes spontanés d'un muscle grand droit pathologique....	34
2° Ruptures et hématomes spontanés d'un muscle sain	41
3° Conclusions	44
IV. — ETUDE CLINIQUE	47
1° Symptomatologie	47
A) La Douleur	47

<i>B)</i> La Contracture	48
Signification physiologique	49
Facteurs d'apparition	52
Action du sang sur le péritoine	54
Action du sang épanché au contact de la face interne du péritoine	54
Action du sang épanché au contact de la face externe du péritoine	55
Conclusions	57
<i>C)</i> Les nausées et les vomissements	58
<i>D)</i> Autres symptômes	59
2° Etiologie et pathogénie	60
3° Diagnostic	66
4° Evolution et traitement	69
 V. — CONCLUSIONS	 71

S E R M E N T



En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de Censeur de
tour, j'ai lu la thèse ayant pour
titre:

**Hématomes spontanés de la paroi
abdominale donnant un syndrome
d'abdomen aigu**

**Le faux syndrome appendiculaire aigu
dans les déchirures fibrillaires du muscle
grand droit de l'abdomen à droite**

par Jean-Louis DELMAS

Je pense que la Faculté peut
en permettre l'impression.

Montpellier, le 15 Juin 1939.

Le Professeur,
GIRAUD.

Vu :

Montpellier, le 17 Juin 1939.

Le Doyen,
EUZIERE

Vu et permis d'imprimer:

Montpellier, le 20 Juin 1939.

Le Recteur,
Pr. le Recteur:
Le Doyen délégué,
EUZIERE

